

問診票

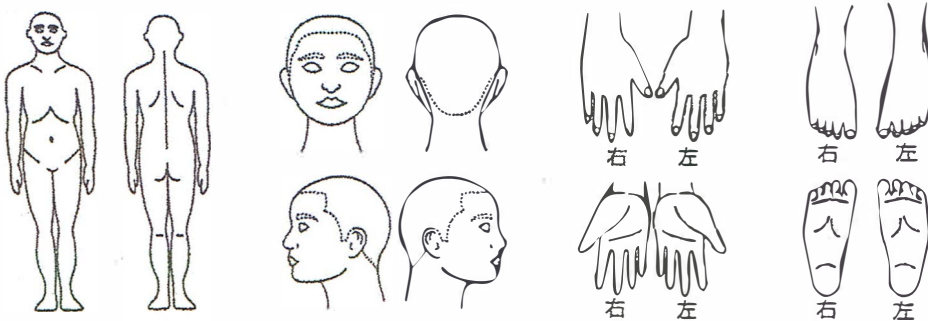
(No.)

年 月 日

ふりがな 氏名			男・女	生年月日 年 月 日 歳	
住所	〒 電話番号（ご自宅 ）（携帯 ）				
職業		身長	c m	体重	k g

1. いつからどんな症状がありますか

- ・どれ位前から；（ 年 ヶ月 週 日 ）前から
- ・症状；かゆい・痛い・水虫・いぼ・ほくろ・できもの・にきび・その他（ ）
- ・上記の症状に関して、治療を受けたことがありますか（はい・いいえ）
- ・病名（ ） 病院名（ ）
- ・部位（下の図に印をつけて下さい）



2. 現在、他に治療中の病気・使用中の薬はありますか（はい・いいえ）

病名（ ） 病院名（ ）
 使用中の薬（ ）

3. 今までに、どんな病気にかかったり、治療を受けたりしたことがありますか

アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎（花粉症）・喘息・糖尿病・心臓病・高血圧・胃潰瘍・
 肝疾患・腎疾患・膠原病・前立腺肥大・緑内障・輸血・手術（ ）
 その他（ ）

4. ご家族の方にアレルギー疾患をもっている方がいらっしゃいますか

アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎（花粉症）・喘息・その他（ ）

5. 薬、食べ物などでアレルギーなど、異常があったことはありますか（ある・ない）

薬・食べ物の名前（ ）

6. 《女性の方に》 現在妊娠中・授乳中ですか、またはその可能性がありますか

現在妊娠している（妊娠 ヶ月）・妊娠の可能性あり・妊娠の可能性なし・授乳中

7. 当クリニックをどちらでお知りになりましたか

通りがかりに・ぱど・HP・新聞折込み・電柱広告・バス車内放送
 ご紹介（ ）様より）・その他（ ）

8. その他、お気づきの点がありましたら、ご記入下さい。